

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170238757      **Cidade:** Trairi      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VILMAR BARROSO CHAVES      **Data do acidente:** 03/09/2016      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO COM FERIMENTO EXLENTE EM COXA ESQUERDA

**Descrição do exame médico pericial:** DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO. EVOLUIU SEM INTERCORRÊNCIAS. ESTÁ DE ALTA MÉDICA. APRESENTA DEFORMIDADE DE PARTES MOLES EM COXA ESQUERDA, HIPOTROFIA MUSCULAR COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 04/12/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** OBS.: VÍTIMA JÁ AVALIADA SOB O SINISTRO 2013138449 OCORRIDO EM 28/09/2011 NO VALOR DE R\$843,75 REFERENTE A 25% DA LESÃO DO JOELHO DIREITO  
MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

**Médico examinador:** ROSEANY ALBANEZE CARRETONI

**CRM do médico:** 2612

**UF do CRM do médico:** MS

## DANOS

| <b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>                    | <b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b> | <b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b> | <b>% Apurado</b> | <b>Indenização pelo dano</b> |
|---|---|---|------------------|------------------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %  | Em grau leve - 25 %   | 17,5%            | R\$ 2.362,50                 |
|   |   | <b>Total</b>  | <b>17,5 %</b>    | <b>R\$ 2.362,50</b>          |

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

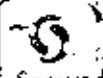
**Médico revisor:** JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

**CRM do médico:** 52.63583-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





Seguradigital Lider - D9VAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DE VIDA

#### • And finally an example:

19047

Nº 00-SINISTRO

**CAMPO PREENCHIDO PELO SEGURADÓR**

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que estes sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

## EVOLUÇÃO CARROSO FAVES

PORTADOR(A) DO RG N° 06348064234 EXPEDIDO FOR DE TRAN-PE EM 11/04/2016  
CPF 8992836003-05 CNPJ 000000000000-00 PROFISSÃO BARBEIRO  
E RENDA MENSAL DE R\$ 700,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA VILA ALTA DA ROSA PITAVES AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2017, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todos as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Esse cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, o endereço da residência e a declaração de renda anual.

análise de um portfólio, lembrar-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS, ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional
  - Conta Empresarial - nos documentos, aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
  - Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
  - Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
  - Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
  - Conta PÓUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotérica com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 1.000,00;
  - Conta bloqueada, inativa ou em proposta neste momento revogar-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários;
  - CPF do beneficiário/vítima inativo ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta no site da RECEITA FEDERAL: [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT (não é o mesmo da conta informada para depósito);
  - Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorida, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão (máximo) com informações de cartão de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS):  
Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígitos, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígitos, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CREDITO EM CONTA DEPOIMENTO (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONOMICA FEDERAL):  
Nº da AGENCIA (com dígitos, se existir) 4328 Nº da CONTA (com dígitos, se existir) 0000916832

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, ELA VENCERÁ COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

TRAILER 07 de AGOSTO  
LOCAL E DATA

de 2017 Wilson Donato Brasil

**ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO**

**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAL garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que varia de acordo com a extensão da invalidez permanente); e de R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a data do acidente) prevista na lei 11.945/2009; e ressarcimento de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

• Para acompanhar o processo de análise da pedido de indenização, acesse [www.dpvalseguroderailito.com.br](http://www.dpvalseguroderailito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAL 0800-0711246.

**CAIXA**

AUTO-ATM (MENÚ) - AG. ITAÍ

DATA: 15/02/2017

TERMINAL: 437803006

HORA: 23:47:18

CONTROLE: 437816088750

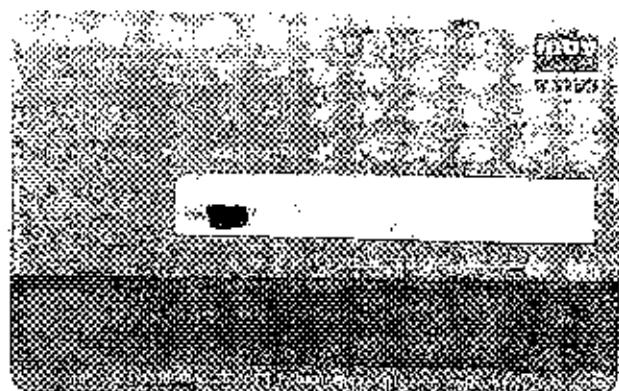
COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM DINHEIRO

COMPENSADA:

NOME:

4378.613.66001623-2

WILMAR FARMING DRAVES



S14KEV  
ABR 2017  
ITOADA